

La deuxième vie du traumatisme psychique

Cellules médico-psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires

Estelle d'Halluin, Stéphane Latté,
Didier Fassin et Richard Rechtman*

Au cours des deux dernières décennies, une nouvelle entité clinique s'est rapidement diffusée dans la nosographie psychiatrique : c'est le traumatisme psychique, plus précisément introduit sous la dénomination de *Post traumatic stress disorder* (PTSD) dans la classification des maladies établie par l'*American Psychiatric Association* et généralement traduit en français par l'expression « état de stress posttraumatique ». Au-delà du champ de la santé mentale, cette catégorie s'est aussi imposée dans le monde social à la fois dans l'espace public, comme mode d'intelligibilité d'expériences individuelles et collectives liées à des événements dramatiques, et dans l'action publique, comme forme de réponse instituée à ces situations. Ici, les cellules d'urgence médico-psychologique sont sollicitées pour prendre en charge, ou souvent prévenir, les traumatismes psychiques aussi bien dans les suites d'un attentat meurtrier, d'une prise d'otages ou de l'inondation d'un quartier qu'auprès de collégiens après le suicide d'un camarade ou même de professeurs à la suite de l'inscription de graffitis injurieux sur un mur du lycée. Là, les grandes organisations humanitaires tendent de plus en plus souvent à déployer des équipes de psychiatres et de psychologues, en complément des autres professionnels de santé ou parfois seuls, sur les lieux de leur intervention, qu'il s'agisse de situations de catastrophes naturelles, de conflits armés, de camps de réfugiés ou de déplacés. C'est de cette situation relativement inédite d'appropriation sociale d'une entité psychiatrique passée dans le sens commun et de recours aux métiers de la santé mentale pour répondre à des problèmes de société que nous essayons ici de rendre compte en nous appuyant sur une enquête (voir encadré) conduite depuis deux ans sur les usages non seulement professionnels mais aussi politiques du traumatisme.

* Estelle d'Halluin, doctorante en sociologie, École des hautes études en sciences sociales, centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (Inserm-EHESS-université Paris 13).

Stéphane Latté, doctorant en sciences sociales et allocataire moniteur, École normale supérieure, laboratoire de sciences sociales (ENS).

Didier Fassin, professeur des universités et directeur d'études, centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (Inserm-EHESS-université Paris 13).

Richard Rechtman, médecin chef d'établissement de l'hôpital La Verrière, Institut Marcel Rivière ; CESAMES (centre de recherche sur la santé mentale Inserm, CNRS, université Paris 5).

Encadré : Les matériaux de l'étude ¹

Les deux scènes de la psychiatrie humanitaire et de l'urgence médico-psychologique ont été étudiées à partir d'enquêtes qualitatives menées depuis septembre 2000. Les matériaux ainsi collectés sont de trois types.

- Une exploration a pris pour objet l'abondante production écrite générée par ces secteurs en voie d'institutionnalisation. L'accès nous a été donné aux travaux préparatoires qui ont accompagné le projet de réforme du dispositif des cellules d'urgence médico-psychologique (rapports d'activité, retours d'expérience, synthèses des débats et des propositions, etc.). Les archives de deux organisations humanitaires ont également pu être dépouillées (journaux internes, comptes rendus de missions, rapports de réunions, procès-verbaux de conseils d'administration, etc.). L'analyse de ces textes a été confrontée aux observations menées lors des conseils d'administration d'une des deux organisations humanitaires et des groupes de réflexion réunis dans le cadre du Comité national de l'urgence médico-psychologique.
- Deux séries, respectivement de seize et dix-neuf entretiens, ont été conduites auprès des acteurs humanitaires investis sur le front de l'urgence psychiatrique (directeurs de programmes, psychiatres et psychologues chargés de la supervision des missions), d'une part, et des principaux initiateurs de la victimologie française (cliniciens mais également juristes et responsables d'associations d'aide aux victimes), d'autre part.
- Enfin, deux terrains d'intervention ont fait l'objet d'une observation participante :
 - le premier a été enquêté à l'occasion d'un séjour d'un mois dans la Bande de Gaza en juillet 2001, alors que se déployait une mission humanitaire chargée de gérer les conséquences traumatiques de la seconde Intifada ;
 - le second s'est appuyé sur la participation aux actions d'une association de sinistrés fondée dans les jours qui ont suivi l'explosion de l'usine AZF du 21 septembre 2001 à Toulouse.

Pour l'historien de la médecine, l'innovation nosographique que représente cette catégorie pourrait cependant apparaître comme un trompe-l'œil. La découverte du traumatisme psychique remonte à la fin du XIX^e siècle, comme en témoigne le long débat autour de la névrose traumatique qui traverse à la fois toute l'histoire de la médecine et de la psychologie de cette époque (avec notamment les discussions entre Freud et Janet sur la nature et l'étiologie du traumatisme) et toute son histoire sociale et politique (avec le rôle joué par les accidents et par les guerres dans la constitution des enjeux théoriques sur le fonctionnement du psychisme, mais aussi pratiques autour de la réparation financière). Dans une certaine mesure, l'introduction d'une nouvelle entité clinique dans le fameux *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) de 1980 n'est que la réactualisation de ce passé. Il faudrait donc plutôt parler de renaissance du traumatisme psychique. En réalité, si innovation il y a, elle est surtout sociale. Elle réside dans le succès rencontré par cette entité dans le traitement social d'une

¹ La recherche sur laquelle cet article se base a été financée par la MiRe/DREES du ministère des Affaires sociales dans le cadre d'un appel d'offres sur la santé mentale.

nouvelle catégorie morale : les victimes. Sinistrés d'attentats ou d'accidents, de catastrophes ou de guerres, ces victimes ont la possibilité de trouver dans la psychiatrie ou la psychologie une ressource à la fois pour être prises en charge par des professionnels et pour rendre leur cause légitime, devant un tribunal ou face à un assureur, dans les médias et au regard de l'opinion. Bien plus que du côté de la clinique psychiatrique, c'est donc dans la redéfinition des frontières et des interfaces entre la santé mentale et le monde social qu'il faut chercher les changements introduits par la redécouverte récente du traumatisme.

Dans cette perspective, nous esquisserons d'abord les grandes lignes de la reconfiguration récente de cette entité, passée de la névrose qui supposait une condition pathologique à un désordre qui ne préjuge pas d'un état morbide sous-jacent, ce qui lève du même coup l'hypothèque du soupçon portée sur la victime et permet dès lors son appropriation par les agents sociaux. Nous verrons ensuite comment, au cours des années quatre-vingt-dix, les cellules d'urgence médico-psychologique, d'une part, et les interventions de la psychiatrie humanitaire, d'autre part, ont construit un domaine d'action légitime sur les victimes d'événements réputés traumatisants, sans pour autant recourir, ni de façon systématique ni de manière univoque, à la catégorie clinique correspondante. Nous proposerons enfin une analyse des développements récents de la psycho-traumatologie du point de vue de sa signification sociale. C'est dire que notre propos est moins de décrire un champ nouveau de la santé mentale que de saisir une interface entre celle-ci et l'espace social, de comprendre comment, à travers de nouveaux lieux et de nouveaux objets, psychologues et psychiatres prennent place dans la société, précisément au-delà de la santé mentale.

Avant de nous y engager, une mise au point s'impose cependant. Le rapprochement des « victimologues » et des « humanitaires », comme on les désigne souvent et comme ils se revendiquent eux-mêmes parfois, peut surprendre tant les histoires de ces spécialités et les parcours des personnes qui les pratiquent semblent divergents. Plus encore peut-être, le parallèle implicitement tracé entre l'attentat du RER Saint-Michel ou l'explosion de l'usine AZF en France et le tremblement de terre en Arménie et la seconde Intifada en Palestine peut déconcerter, tant les contextes historiques et les enjeux politiques diffèrent. En forçant ainsi la comparaison entre ces deux domaines professionnels et institutionnels, entre des lieux proches et lointains d'intervention des psychiatres et des psychologues, nous avons voulu montrer des logiques sociales au moins en partie semblables de redéploiement des acteurs de la santé mentale dans l'espace social. Nous pourrions du reste justifier ces choix *a priori* inattendus en adoptant une perspective généalogique pour rappeler combien ces deux événements que sont l'accident et la guerre ont eu partie liée aux origines mêmes du traumatisme, puisque les deux séries historiques à partir desquelles s'effectue la genèse du traumatisme psychique dans la seconde moitié du XIX^e siècle sont, d'une part, les accidents de train, d'autre part, les conflits militaires. Mais

plus encore, il nous semble que, dans la société contemporaine, ces deux champs nouveaux procèdent pour partie d'usages similaires et cristallisent un ensemble d'enjeux communs, que ce soit dans la redéfinition de la condition sociale et juridique des victimes ou dans la reconfiguration de l'espace de la santé mentale.

■ La redécouverte des troubles posttraumatiques

De la névrose traumatique au PTSD

Introduite dans la nosographie au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle et largement diffusée lors de la première guerre mondiale, la névrose traumatique, qui est l'entité psychiatrique susceptible de rendre compte des effets psychologiques des traumatismes externes sévères, est longtemps restée cantonnée à l'univers militaire. Elle a été décrite, en 1889, par Oppenheim dans un tableau clinique caractérisé par un syndrome de répétition dominé par des cauchemars et des réminiscences diurnes de la scène traumatique, des manifestations neurovégétatives à type d'anxiété ou de réaction de sursaut et un émoussement affectif généralisé contrastant avec l'hyperréactivité à des stimuli évocateurs du traumatisme. Quelques incursions dans la psychiatrie générale, notamment pour rendre compte de certaines manifestations pathologiques présentées par les survivants de la seconde guerre mondiale, n'ont pas suffi à faire de ce syndrome une catégorie à part entière de la classification des troubles mentaux.

En effet, le cadre conceptuel demeurait intimement lié au contexte très spécifique du stress des combats, de même que l'objectif thérapeutique relevait essentiellement d'un souci pratique de réduire le nombre des soldats éloignés du front. S'il était déjà admis, et parfaitement établi, que chez les civils également, des événements hors du commun pouvaient être susceptibles de produire une névrose traumatique, le référent nosographique assimilait ces troubles à l'ensemble plus vaste de la pathologie réactionnelle liée à la guerre. Dans ce cadre interprétatif, l'événement externe traumatisant demeurait largement subordonné à la personnalité antérieure du traumatisé. Le paradigme réactionnel présuppose en effet que l'événement est tout au plus le facteur déclenchant, voire favorisant, de la décompensation d'une personnalité antérieurement fragile, ou même prépathologique. Jusqu'aux années quatre-vingt, l'approche clinique et thérapeutique de la névrose traumatique se concentre donc sur la personnalité du traumatisé plutôt que sur la nature de l'événement.

La rupture introduite à ce moment décentre radicalement cette approche et permet de considérer, pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie, que l'événement lui-même est l'agent étiologique exclusif et que la personnalité prémorbide est, si l'on peut dire, indemne de toute responsabilité. C'est à la fois la fin du paradigme réactionnel et l'avènement d'une

nouvelle clinique du traumatisme au sein de laquelle la figure de la victime va pouvoir, avec l'appui de la psychiatrie, se constituer sur la scène sociale. Mais ce renversement n'est pas le simple produit d'une maturation du savoir clinique, ni la conséquence d'un progrès scientifique mettant en évidence la nature exogène de l'étiologie traumatique (Rechtman, 2002). Alors que la sémiologie de l'ancienne névrose traumatique n'a connu aucune modification significative de la fin du XIX^e siècle à nos jours et qu'aucune découverte neurophysiologique ou même psychologique n'a fait évoluer la connaissance vers une compréhension du mécanisme traumatique, c'est sur la reconfiguration idéologique du statut de l'événement traumatique que porte l'essentiel de la transformation contemporaine.

Or, ce changement de paradigme est avant tout le produit d'une rencontre singulière qui s'est d'abord déroulée aux États-Unis entre les aspirations de certains groupes de pressions, notamment parmi les mouvements féministes et parmi les vétérans de la guerre du Vietnam, et la volonté d'une poignée de psychiatres, engagés dans une refonte de la nosographie pour créer un nouveau cadre conceptuel susceptible de renforcer le caractère scientifique de la démarche psychiatrique tout en épousant les attentes et les besoins des usagers. Dans cette nouvelle configuration, les victimes, ou plutôt leurs porte-parole, et les professionnels, ou tout au moins le segment le plus institutionnel, s'allient pour la première fois pour en finir avec cette clinique qui faisait peser une forme de soupçon sur la personne traumatisée.

La fin du soupçon

Lorsque la névrose traumatique a été inventée, son interprétation était en effet sous-tendue par la traque de la simulation. S'agissant notamment des militaires, les avantages attendus concernaient avant tout la perspective d'être soustraits au front, mais aussi ensuite la possibilité d'obtenir une pension. Les débats parmi les psychiatres, lors de la première guerre mondiale, sont totalement pris dans ces enjeux où le patriotisme trouve une forme d'exacerbation (Brunner, 2000). D'un côté, la clinique s'efforce de distinguer les simulateurs des vrais malades. Mais de l'autre, elle suppose à ces derniers une volonté inconsciente de tirer profit de leur souffrance. Le cercle de la suspicion enserre donc de toute part la figure du traumatisme et sa traduction pathologique dans la névrose.

Dans ces conditions, les éléments apportés par la seule réalité des faits ne sont pas suffisants pour certifier l'authenticité du traumatisme. Ce doute, ou plus exactement ce soupçon qui entache la condition des victimes, est étroitement dépendant du statut accordé à l'événement. L'hypothèse d'une simulation des signes cliniques ou d'une lâcheté, consciente ou inconsciente, est la conséquence directe d'une conception où l'événement n'est pas considéré comme étant le seul agent pathogène. Pour se laver du soupçon de simulation, la victime devra donc produire un discours personnalisé qui intègre l'événement dans son histoire personnelle passée et immédiate,

au prix toutefois d'une mise en cause de sa propre fragilité. Convaincre l'interlocuteur de la réalité de l'affect produit par l'événement consiste à avouer la faiblesse de la personnalité, la peur des combats, le manque d'ardeur à la bataille, jusqu'au doute sur la justesse du sacrifice ultime. En ce sens, le traumatisé est au mieux un lâche au pire un simulateur.

L'issue du conflit apportera un démenti formel au soupçon de lâcheté sans pour autant résorber l'ambiguïté de la simulation (Eissler, 1992). Même les récits effroyables des survivants des camps de concentration et d'extermination nazis ne permettront pas de remettre définitivement en cause le paradigme du soupçon. L'événement devient certes indiscutable, mais il n'est pas encore fondateur. Quant au soupçon, il réapparaît dans la bouche même de la victime sous la forme de la culpabilité du survivant (Bettelheim, 1979). La condition de victime qui émerge reste étroitement dépendante de la forme narrative du récit et demeure l'histoire singulière d'une rencontre entre un événement hors du commun et un destin individuel. Elle n'est pas encore un attribut de la normalité, comme elle n'est pas encore dans une totale extériorité.

Malgré l'écho favorable que cette conception rénovée du psychotraumatisme rencontrait auprès d'un plus large public, elle allait être progressivement attaquée aux États-Unis à partir du début des années soixante. L'hypothèse freudienne, jusqu'alors largement admise, laissait planer un doute sur l'authenticité traumatique, plus exactement, elle ne permettait pas nécessairement une discrimination précise entre les traumatismes externes et les « traumatismes » intrapsychiques, c'est-à-dire liés à des conflits intrapsychiques ou à des fantasmes. Tant que la notion restait cantonnée à l'univers militaire, cette non-distinction ne portait plus à conséquence, mais une fois la notion importée dans l'univers civil et, plus particulièrement, appliquée aux traumatismes plus quotidiens, comme les violences et les abus sexuels de l'enfance, l'ambiguïté se révélait beaucoup plus inconfortable.

Ce sont précisément les mouvements féministes qui vont, les premiers, s'employer à dénoncer cette négation du passé traumatique des femmes (Rush, 1980). Les mouvements de défense de l'enfance maltraitée leur emboîteront le pas et tenteront de faire reconnaître le caractère nécessairement traumatique de l'abus ou de la maltraitance. Or, le seul lieu où cette preuve pouvait être administrée, parfois plus de vingt ans après les faits, ne pouvait être que dans le psychisme des victimes. Mais, pour les militantes féministes, la clinique du soupçon restait une entrave à la juste reconnaissance de la condition émergente des femmes, dans la mesure où elle laissait planer un doute sur l'authenticité des souvenirs traumatiques.

Dans le même temps, la psychiatrie américaine était en train d'entreprendre une vaste réorganisation interne, politique, théorique et institutionnelle (Kirk et Kutchins, 1998) qui allait donner naissance au DSM-III en 1980. La rencontre avec les aspirations des mouvements féministes allait justement offrir à la psychiatrie américaine l'occasion de démontrer sa nouvelle

capacité à épouser les attentes de la population et sa capacité à critiquer l'ordre social qu'on lui reprochait d'avoir toujours servi. Le toilettage de l'ancienne névrose traumatique permettait précisément cette éclatante démonstration. Sous le nouvel intitulé de *Post traumatic stress disorder*, le DSM-III éliminait avec le terme de névrose plus d'un demi-siècle de suspicion à l'égard des victimes. Les signes cliniques sont les mêmes que dans l'ancienne névrose traumatique, mais ce qui change fondamentalement c'est le statut de l'événement traumatique qui devient l'agent étiologique nécessaire et suffisant. Le fait de rapporter un événement traumatique et de présenter les signes cliniques du PTSD suffit désormais à établir l'authenticité de la victime. Le soupçon vient de disparaître définitivement.

Si le PTSD s'est rapidement imposé comme « la réponse normale à une situation anormale », les caractéristiques de telles situations sont en revanche redevenues problématiques. Outre la liste non exhaustive que donne le DSM-III des événements hors du commun susceptibles d'être responsables d'un PTSD chez n'importe quel individu, l'élément le plus significatif de cette nouvelle définition de l'événement traumatique concerne l'omission de tout critère indiquant la position de la personne au regard de l'événement qui l'a traumatisé : victime, témoin ou auteur. Cette ambiguïté n'est justement pas le fruit du hasard. Elle est le produit d'une longue bataille institutionnelle opposant l'Administration américaine des vétérans aux rédacteurs du DSM-III. En effet, au moment où le groupe de travail se constitue sur la rénovation de la névrose traumatique, l'Amérique est ébranlée par l'enlisement du conflit vietnamien. De retour au pays, des centaines de vétérans tardent à retrouver une place dans la société. Nombreux, parmi eux, présentent des signes de troubles psychologiques divers regroupés dans un « *post-vietnam syndrom* » qui n'ouvre pas droit à réparation financière. L'influence des mouvements opposés à la guerre et des groupes de vétérans va largement contribuer à fondre ce syndrome dans le PTSD, offrant ainsi aux soldats défaits une possible compensation financière et un statut de victime (Young, 1995). Mais dans le même temps, ce sont également tous les auteurs d'exactions ou de sévices qui vont pouvoir intégrer ce statut taillé sur mesure.

Le chemin parcouru en un siècle par le traumatisme dans la clinique psychiatrique rend compte de sa remarquable réception, au cours des vingt dernières années, dans l'espace public. Parce qu'il ne présuppose plus de structure pathologique préexistante, mais qu'il rattache la souffrance au seul fait d'avoir vécu un événement dramatique, le traumatisme permet d'énoncer, dans un langage savant qui parle au sens commun, l'expérience de cette catégorie sociale dont la présence s'impose de façon croissante pendant la même période : les victimes.

Si l'histoire nosographique permet ainsi de comprendre les modalités de la construction du traumatisme psychique et, par conséquent, les conditions de son succès social, en revanche, elle ne permet pas d'appréhender la manière dont les agents s'en sont effectivement saisis, qu'ils soient professionnels ou

victimes, décideurs ou journalistes. C'est ce que nous nous proposons d'examiner maintenant à travers deux nouvelles pratiques de la santé mentale. L'étude de la naissance des cellules d'urgence médico-psychologique dans le contexte français, puis de la psychiatrie humanitaire sur des terrains lointains montrera comment on peut mobiliser le langage du traumatisme pour dire autre chose qu'une souffrance psychique, et comment on peut se saisir des pratiques victimologiques pour faire autre chose que du soin.

■ Le déploiement de la victimologie

Les généalogies de l'urgence médico-psychologique

L'attentat du RER Saint-Michel, le 25 juillet 1995, marque un tournant décisif dans la naissance et le développement de la victimologie française. Qu'il s'agisse des initiateurs des cellules d'urgence médico-psychologique, des formateurs en victimologie clinique, ou encore des acteurs de terrain intervenant directement ou occasionnellement dans la prise en charge de victimes de psychotraumatismes, tous s'accordent pour reconnaître que cet événement, plus que tout autre, est à l'origine de la prise de conscience collective qui allait inaugurer un nouveau modèle d'action psychologique. En effet, dès les premières heures, les secours s'organisent pour prendre en charge sur place les blessés les plus sévères et, selon la classique méthode du tri urgentiste, orientent les autres en fonction de la gravité vers les structures hospitalières de proximité. Cette méthode, qui a fait ses preuves dans la gestion médicale des catastrophes, trouve ici sa double pertinence : apporter des soins spécialisés au plus près de l'événement et réguler les phénomènes de panique collective qui ralentissent les secours et risquent de se diffuser rapidement dans l'ensemble de la population. La rapidité avec laquelle les secours sont intervenus, l'étroite collaboration des différents acteurs impliqués (police, pompiers, SAMU et même la population avoisinante), la parfaite adéquation des moyens mis en œuvre et la technicité des professionnels ont été largement saluées tant par la presse nationale que par les responsables politiques. Pourtant, lorsque le Président de la République, Jacques Chirac, se rend au chevet des blessés et s'associe aux éloges adressés aux secouristes, il s'étonne cependant de la faiblesse, pour ne pas dire de l'absence, des moyens médico-psychologiques. Constatant lui-même le désarroi des blessés et « l'état de choc intense » dans lequel ils se trouvaient, le Président de la République aurait eu, dit-on, l'intuition d'exiger que la prise en charge médico-psychologique fasse désormais partie de l'arsenal urgentiste.

En attribuant à Jacques Chirac l'initiative d'introduire les psychiatres et les psychologues au cœur de la médecine des catastrophes, l'historiographie spontanée de la victimologie, telle que les acteurs la rapportent, fait plus que d'accorder à la perspicacité d'un homme, fût-il le Président de la République,

l'origine de l'innovation. Car ce n'est pas tant la volonté politique qui est ici soulignée, mais bien plus, c'est la prise de conscience par un profane, un non-médecin, de l'évidence des conséquences psychologiques qui trouve dans les propos de Jacques Chirac une légitimité désormais incontestable. L'histoire récente de la victimologie est traversée de façon récurrente par l'émergence spontanée de cette figure du profane instituant une nouvelle évidence secondairement fondatrice de pratiques appelées à se diffuser plus largement. On en repère une nouvelle occurrence six années plus tard lorsque Philippe Douste-Blazy, porté par une intuition similaire, à ceci près que lui est médecin, lance un appel aux psychologues et psychiatres de Toulouse dans l'heure qui suit l'explosion de l'usine AZF.

Cette mise en récit de l'innovation attribuée à la perspicacité d'un profane reproduit la figure classique du découvreur ou de l'homme d'exception inaugurant un changement de sensibilité, mais elle prend, dans le cas de la victimologie, une fonction essentielle dans le processus de légitimation d'une discipline en butte à une difficile reconnaissance institutionnelle. Pour autant, cette lecture ne résiste pas à l'analyse minutieuse du contexte et des conditions de production qui vont rendre possible l'émergence du dispositif. En effet, derrière cette histoire « officielle » se dévoile un processus de construction au long cours de la figure de la victime d'attentat comme synecdoque du traumatisé psychique. Pour qu'une entité psychiatrique s'impose sur la scène publique, il est en effet nécessaire qu'un prototype soit socialement admis et reconnu comme réalité indiscutable et expressive. Or, dès 1986, l'association SOS-Attentats commande une enquête épidémiologique visant à attester l'existence de séquelles propres aux victimes d'attentat et c'est au titre d'un « syndrome spécifique de traumatisme psychique » qu'est accordé un supplément d'indemnisation au groupe qu'elle représente (Dab, Abenhaim, Salmi, 1991). Cet événement donne aussi lieu à la création de la première consultation spécialisée dans un hôpital parisien ainsi qu'à quelques mobilisations ponctuelles des outils de la victimologie clinique, notamment après l'attentat du DC-10 d'UTA en 1989 ou lors du détournement de l'Airbus Paris-Alger en 1994.

Finalement, en 1995, tout semble en place pour que le traumatisme sorte du cadre restreint de la psychiatrie militaire qui l'a vu naître. D'une part, Françoise Rudetzki, présidente de l'association SOS-Attentats, s'est imposée comme interlocutrice légitime sur ce thème auprès de la presse et des pouvoirs publics. Elle contribue ainsi à orienter immédiatement l'attention des médias sur l'une de ses revendications les plus anciennes : la reconnaissance des « victimes psychiques ». D'autre part, la victimologie s'est dotée, au début des années quatre-vingt-dix, de structures académiques, incluant diplômes, revues et sociétés savantes, qui ont contribué à fédérer un embryon de communauté professionnelle spécialisée dans l'étude et le traitement du traumatisme. Les premières promotions de cliniciens formées dans les diplômes universitaires semblent immédiatement opérationnelles et des savoir-faire commencent à se transmettre. Enfin, le secrétaire d'État à

l'Action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli, figure comme un allié de poids pour les victimologues, puisque lui-même « urgentiste » et ancien du SAMU, il entretient des contacts de longue date avec certains psychiatres spécialisés rencontrés sur le front de la médecine de catastrophe.

Si les initiatives repérées à la fin des années quatre-vingt restent ainsi isolées et dépourvues de tout cadre institutionnel, il en va autrement des attentats de 1995 qui ouvrent non seulement une fenêtre médiatique sur le traumatisme, mais qui, surtout, impulsent un projet de généralisation au territoire national du dispositif de prise en charge (Crocq, 1998). Par la circulaire du 29 mai 1997, le pays est quadrillé avec l'institution d'un comité national chargé la définition de la politique, de la coordination et de la formation des intervenants, la mise en place de sept cellules interrégionales permanentes et la désignation d'un psychiatre référent par département à qui revient le soin de constituer une liste de volontaires susceptibles d'être mobilisés à tout moment.

La facture du projet semble claire. Le dispositif se donne pour tâche de satisfaire aux deux exigences thérapeutiques mises en lumière par la théorie du traumatisme. D'une part, les psychologues dépêchés sur le terrain des catastrophes sont invités à prendre en charge des réactions de stress aigu, l'agitation ou la torpeur que peuvent manifester les victimes directes aussi bien que les témoins du drame. D'autre part, leur action a une visée prophylactique puisque la mise en parole précoce de l'accident, ce qu'on appelle le « debriefing », doit prévenir l'éventuel déclenchement d'un état posttraumatique. Dans les deux cas, l'analogie avec la médecine somatique est soigneusement cultivée, tant par le vocabulaire utilisé – la « psychotraumatologie » réduit « les fractures psychiques », réédue certaines « boîtiers psychologiques », permet une « cicatrisation » – que par la revendication des signes extérieurs de la compétence médicale – par exemple, on inscrit sur des chasubles l'appellation « SAMU Psy ». Le paradigme de l'urgence médico-psychologique se construit ainsi alternativement sur les modèles de l'orthopédie et de la prévention, de la médecine d'urgence et de la santé publique.

L'observation des scènes de l'intervention de ces nouveaux acteurs montre l'existence d'un décalage croissant entre les missions théoriques et les réalités concrètes du terrain. Soudainement impliqués sur des terrains jusqu'alors inconnus, loin d'une pratique classiquement définie par le cadre de l'hôpital ou du cabinet, ces nouveaux professionnels de l'urgence médico-psychologique peinent à trouver leurs marques. Tantôt dubitatifs sur leurs actions, tantôt mal à l'aise par rapport au rôle social qu'ils craignent qu'on leur fasse jouer, ils s'interrogent régulièrement sur un possible glissement de leurs pratiques et de leur savoir. Longtemps maintenues aux marges de l'intervention par des pompiers suspicieux ou des médecins dubitatifs, les cellules médico-psychologique opèrent avant tout sur les témoins indirects de l'incident. Leur rôle se réduit souvent à de la prévention secondaire puisqu'il s'agit de diffuser des informations concernant les

pathologies traumatiques. Des fiches diagnostiques, décrivant par le menu les symptômes du PTSD, sont distribuées et les acteurs présents sur les lieux de l'accident se voient remettre les adresses de spécialistes à consulter le cas échéant. Mais en ce sens, l'action directe des professionnels auprès des populations visées contribue également à façonner une autre réalité de la condition de victime. En effet, ce sont justement tous ceux qui jusqu'alors n'étaient pas reconnus ou même ne se reconnaissaient pas eux-mêmes comme des victimes, précisément parce que la catastrophe les avait physiquement épargnés, qui tout à coup trouvent dans l'évidence du psychotraumatisme une modalité d'exprimer leur participation directe à l'événement. Le psychotraumatisme offrant alors un nouveau langage dans lequel les anciennes sensibilités comme la peur, la colère, la révolte ou encore le deuil se résolvent dans une terminologie médicalisée.

La dynamique des traductions sociales du traumatisme

Où commence et où s'arrête le champ des catastrophes traumatiques ? Qui a autorité pour en édicter la juste définition ? Quel espace d'intervention les psychiatres et psychologues peuvent-ils légitimement revendiquer ? Cette épineuse question ne se posait guère en 1995. En effet, les attentats figuraient comme catastrophes allant presque de soi. Leur caractère exceptionnel, rare et difficilement prévisible, le grand nombre de personnes les ayant plus ou moins directement vécus, l'importante « couverture médiatique » dont ils firent l'objet et « l'émotion collective » qui en découla, firent percevoir leurs conséquences traumatiques avec la force de l'évidence. C'est dans ce cadre que les cellules d'urgence médico-psychologique furent initialement pensées pour n'intervenir qu'à titre exceptionnel, à la suite du déclenchement des plans de secours traditionnels. La fréquence anticipée des interventions oscillait de « plusieurs fois par mois à Paris à plusieurs fois par an dans les autres métropoles régionales », selon les premiers documents officiels.

Les termes du problème se sont pourtant considérablement déplacés depuis la mouture initiale du projet. Le nombre des patients pris en charge par les cellules d'urgence s'est accru de façon massive et quasi asymptotique (3 000 victimes accueillies par les cellules en 1998, 13 000 en 2000) et le déploiement d'un staff de psychologues échappe de plus en plus au seul cadre des plans d'urgence. Leur mission évolue progressivement vers la gestion d'accidents « semi-collectifs » ou « pluri-individuels » et les occasions d'intervention se multiplient en se diversifiant : lors d'une avalanche, d'un incendie, d'une inondation, de l'abattage d'un cheptel bovin ou d'un suicide dans une école. Dès lors les protagonistes s'interrogent sur ce qu'ils perçoivent comme des « sorties de la clinique » ou « des écarts entre la théorie du texte et la pratique de terrain ». Un des psychiatres enquêtés constate avec un certain dépit que ce n'est plus le caractère catastrophique d'un événement qui détermine la nécessité de l'urgence psychiatrique mais,

à l'inverse, la présence des cliniciens qui impose l'étiquetage de l'incident comme « catastrophe ».

Inévitablement, la réussite et la perpétuation du dispositif s'accompagnent de ce que certains qualifient de « glissements » et qui font effectivement figure de déplacements au regard de ses missions initiales. Les thérapeutes ne parviennent pas à imposer un monopole sur le diagnostic par lequel on détermine le caractère traumatique ou non d'un événement. La mobilisation de trente-cinq professionnels de la santé mentale lors de la découverte d'un stock de munitions offre une illustration probante du décalage entre une définition clinique et une définition sociopolitique de l'événement traumatique. Tandis que la préfecture réquisitionne pendant douze jours une cellule d'urgence afin de prévenir les risques psychologiques d'un éventuel incident lors du démantèlement du dépôt, le psychiatre en charge de l'opération déplore une situation à « la banalité effarante et effrayante » ne relevant en aucun cas d'un quelconque savoir spécifique. Il va s'agir pendant près de deux semaines de distribuer vivres et couvertures à la population déplacée, de « faire du lien social », de « calmer les gens », de prodiguer au plus quelques conseils de base, parfois même de « raisonner » les habitants récalcitrants. Agacé, ce professionnel se demande si la convocation des psychologues ne constituait pas une simple distraction destinée à tromper l'ennui des villageois ou, tout au plus, un pis-aller susceptible de mimer la présence symbolique de l'État.

L'exemple est anodin, sans doute même marginal. Il exprime pourtant les conditions nécessaires à l'imposition de nouvelles pratiques psychiatriques. En effet, leur pénétration dans le champ social dépend des appropriations qui en sont faites. Autant que les victimologues, ce sont les administrations, les élus, les associations de victimes ou les entreprises qui définissent et façonnent les modalités mais aussi le contenu des interventions psychologiques d'urgence. Les représentants politiques y trouveront des ressources pour signifier l'intérêt porter par l'État à une situation, comme lorsque des psychologues sont invités à passer la nuit avec des voyageurs bloqués dans un aéroport isolé par un brouillard tenace ; les porte-parole associatifs y puiseront une forme de validation de leur souffrance, la certification du drame qu'ils ont subi ; certaines sociétés pourront voir dans l'appel aux cliniciens un mode de gestion efficace de revendications ou de conflits latents, comme dans le cas de l'embauche dans l'usine AZF d'un staff de psychologues chargé tout à la fois de panser les traumatismes de l'explosion mais aussi de gérer l'annonce de la fermeture de l'usine et les conséquences du plan social qui l'ont suivi. C'est donc au rythme de ces traductions sociales du savoir psychotraumatologique que se construit progressivement un espace de la victimologie, aussi bien public (les cellules d'urgence médico-psychologique), que privé (les sollicitations psychologiques se multiplient dans le secteur des transports en commun, du convoyage de fonds ou de la banque et certaines compagnies d'assurances proposent dans leurs contrats d'assistance des prestations thérapeutiques).

■ L'émergence de la psychiatrie humanitaire

La découverte d'une nouvelle urgence

Le réinvestissement de la catégorie nosographique du traumatisme psychique ne transforme d'ailleurs pas seulement le champ des pratiques sociales et professionnelles sur le territoire hexagonal. Un changement similaire s'opère également durant les années quatre-vingt-dix sur les terrains lointains où interviennent les acteurs humanitaires des organisations médicales d'urgence françaises. Dès leur création, dans les années soixante-dix, ces associations ont acquis une légitimité sur la scène internationale en apportant une aide médicale et nutritionnelle aux populations en danger vital, éprouvées par des événements collectifs dramatiques auxquels les systèmes de soins locaux ne pouvaient faire face et pour lesquels les institutions internationales traditionnelles faisaient preuve d'inefficacité (conflits, famine, épidémie...). Pendant près de deux décennies, ces « urgences » du monde sont apparues comme relevant des spécialistes du corps : anesthésistes, chirurgiens, mais aussi nutritionnistes, infectiologues. Les professionnels du psychisme n'y avaient pas leur place.

C'est en 1989, au décours du tremblement de terre en Arménie, que, pour la première fois, des interventions de psychiatrie humanitaire ont lieu. Ce déploiement d'une nouvelle spécialité médicale sur les scènes globales du malheur se produit du reste simultanément et parallèlement dans les deux grandes organisations humanitaires françaises : Médecins sans frontières et Médecins du monde. Cette conjonction dans le temps est remarquable. Jusqu'alors, les psychiatres étaient demeurés des acteurs marginaux de l'action humanitaire, allant rarement dans les missions et, lorsqu'ils s'y rendaient, le faisant sur des actions très ponctuelles. En Arménie, ce sont des équipes de psychiatres et de psychologues qui partent pour soigner des personnes que l'on considère comme n'étant plus seulement affectées par les conséquences somatiques du séisme, mais spécifiquement par ses effets psychiques. L'événement tragique est reconnu comme source de traumatisme, ouvrant désormais de nouveaux espaces de travail aux psychiatres et surtout aux psychologues.

Les récits recueillis auprès des acteurs de cette histoire et, d'une façon toute-fois différente, la reconstitution effectuée *a posteriori* dans le rapport d'activité (Moro et Lebovici, 1995) ont en commun de naturaliser cette innovation en la décrivant comme une réalité allant de soi : des personnes, surtout des enfants, étaient affectées de troubles du comportement et du sommeil qu'il n'était pas difficile de rattacher à la gravité de l'événement ; les responsables sur place ont demandé que soit organisée une mission exploratoire de psychiatres ; une enquête épidémiologique sommaire est venue conforter les intuitions sur la fréquence des traces traumatiques ; les spécialistes, et notamment les psychologues, ont alors commencé à travailler auprès des victimes, puis à former des thérapeutes locaux à ces nouvelles pratiques. Présentée de

cette façon, c'est-à-dire sous l'angle d'une justification pratique mêlant des argumentaires de clinique psychologique et de santé publique, l'histoire des débuts de la psychiatrie humanitaire laisse pourtant dans l'ombre une série d'éléments dont certains apparaissent circonstanciels et d'autres peuvent être vus comme structurels.

Parmi les faits circonstanciels, un élément retient l'attention : la présence, au siège des organisations humanitaires et surtout au sein des missions envoyées après le tremblement de terre, de professionnels de la santé mentale d'origine arménienne que le drame subi par leur pays a particulièrement affectés et qui se portent volontaires pour partir sur le terrain. Certains vont jouer un rôle important dans la préparation de l'enquête de Médecins du monde en collaboration avec l'Institut psychosomatique de Paris. D'autres vont nouer des relations sur le terrain avec les populations locales bien au-delà des usages habituels dans ce type d'intervention, notamment dans le cadre de la mission de Médecins sans frontières. Les acteurs susceptibles de reconnaître le traumatisme psychique, de le dénombrer et de le soigner sont donc rassemblés sur place. Mais probablement deux données structurelles sont-elles aussi réunies pour permettre à la psychiatrie humanitaire de trouver pleinement son objet et donc sa légitimité. Si l'on considère que le traumatisme psychique est fondamentalement le produit de la rencontre entre un événement et des victimes, on a dans le cas arménien une conjonction dramatiquement évidente. D'abord, un événement brutal et dévastateur, puisque l'on compte vingt-cinq à cent mille morts, tués pour la plupart en quelques heures : dès lors, le traumatisme collectif impose son évidence de façon indiscutable. D'autre part, un peuple victime dont la catastrophe réactualise, pour les membres de la diaspora arménienne, le souvenir du génocide de 1915 et qui peut apparaître une nouvelle fois comme atteint par une affliction infinie. Autrement dit, l'événement comme la victime se manifestent ici dans une sorte de pureté absolue que ne troublent pas, comme ce sera le cas sur le terrain des guerres, des enjeux de neutralité ou des problèmes de témoignage. Le traumatisme y est dégagé de toute conflictualité.

De prime abord, on peut être frappé par la concomitance de ces initiatives avec le succès rencontré, à la même époque, par la catégorie de PTSD sur le territoire national. Pourtant les logiques sont ici presque inverses, dans la mesure où le traumatisme justifie plutôt qu'il n'explique l'intervention humanitaire. Des professionnels ont un profond désir d'intervention et sur le terrain découvrent des troubles auxquels ils donneront ultérieurement un nom. Sur place, il est question de « souffrance psychologique secondaire à des événements violents » ou de « souffrance psychique dans des situations extrêmes » plus que d'entité psychiatrique, et notamment de syndrome post-traumatique. Le langage de l'émotion et de l'empathie précède le discours de la clinique et de la science. La procédure diagnostique vient conforter une impression première et légitimer la mission, notamment quand il s'agit de convaincre les médecins les plus réfractaires à l'intervention des psychiatres

et des psychologues. Des guérisons spectaculaires apportent la démonstration de l'efficacité possible des spécialistes de santé mentale, à laquelle bien peu accordaient jusqu'alors de crédit.

À partir de cette scène fondatrice, au sein des deux grandes organisations médicales d'urgence, les psychiatres et les psychologues se mettent à multiplier leurs interventions, sous l'impulsion de quelques acteurs entreprenants. Les lieux de la planète les plus exposés sont également investis par ces nouveaux acteurs : prise en charge des victimes de la violence ethnique à Sarajevo et de la répression politique en Haïti, en 1994 ; des adolescents et des ex-prisonniers en Palestine en 1995, puis en 1997 ; des enfants en Tchétchénie en 1995, puis des réfugiés en Ingouchie en 1999 ; des femmes violées durant la guerre civile au Congo en 1999. Défini comme la conséquence sur le psychisme d'un événement présentant une particulière gravité, le traumatisme apporte *a posteriori* un cadre théorique à ces nouvelles pratiques, en adéquation avec la mission de l'action humanitaire centrée sur les drames collectifs que les institutions locales ne peuvent prendre en charge.

Mais l'innovation tient finalement moins à la nature des pratiques thérapeutiques, qui n'obéissent pas à des protocoles particuliers, qu'aux modalités de leur exercice, qui a pour cadre les scènes des malheurs du monde (Fassin, 2002). Les acteurs ne revendiquent pas une formation et un savoir spécifiques, n'ayant pas suivi des enseignements sur le traumatisme, mais, au contraire, l'utilisation « sans frontières » d'une compétence et d'un savoir ordinaires, la plupart étant des psychiatres et des psychologues de ville ou d'hôpital en France. C'est sur le tas et souvent incidemment, parfois lors d'une lecture, ou bien au cours d'une rencontre avec des collègues, que ces professionnels largement autodidactes de la psycho-traumatologie en découvrent les auteurs, les catégories nosologiques et les débats théoriques. Le PTSD, qui fonde le renouveau de la psychiatrie du traumatisme en Amérique du nord et bien au-delà, est peu mobilisé par les agents. Plus exactement, ils en contestent souvent la pertinence au regard de ce qu'ils observent, attestant au moins que ce cadre de référence est désormais suffisamment installé pour autoriser l'accentuation de ses variantes : les tableaux cliniques sont atypiques, on relève souvent l'existence de troubles antérieurs, on constate des fréquences moindres que ce qui est rapporté dans la littérature. Plus encore, la pratique elle-même s'avère bien plus banale que ce que préconisent les spécialistes internationaux : psychologues et psychiatres adaptent pragmatiquement leur expérience à ce nouveau cadre, qui peut être une tente par exemple, sans qu'ils en remettent en question les fondements conceptuels.

Du stress aigu au témoignage

Ce n'est qu'avec le déplacement progressif des soins psychiatriques vers la temporalité de l'urgence qu'une innovation va intervenir dans la clinique. Du constat du symptôme à distance, qui faisait la matière même du PTSD,

on passe insensiblement à la prise en charge immédiate du stress aigu et à la prévention d'un trouble possiblement à venir. À la fin des années quatre-vingt-dix, en effet, l'intervention se rapproche de la survenue de l'événement potentiellement traumatique lorsque les associations mandatent des psychologues auprès des Kosovars quelques semaines seulement après le début des frappes aériennes de l'Otan contre la Serbie. Les cliniciens épousent dès lors la logique urgentiste du mouvement humanitaire autrefois réservée aux anesthésistes, chirurgiens, médecins. Il n'est plus question de soigner un état posttraumatique, à distance de l'événement, mais d'une part, d'en prévenir l'apparition et, d'autre part, d'en soulager la souffrance psychique diffuse immédiatement perceptible.

Cette évolution trouve sa consécration en novembre 2000, avec la mise en place d'une « clinique des tranchées », pour reprendre l'expression d'un psychiatre de Médecins sans frontières, où il s'agit désormais de soigner le stress aigu des civils palestiniens victimes de la seconde Intifada. C'est désormais l'événement dramatique, la mort des proches, la spoliation des terres, la destruction des maisons, les blessures physiques, bref les multiples dimensions du conflit armé, qui sont interprétées et encadrées par les acteurs associatifs en fonction de critères psychologiques. On se rend sur les lieux immédiatement après le bombardement ou la fusillade pour s'entretenir avec les personnes qui y ont assisté ou en ont été victimes. Pour les professionnels qui défendent cette nouvelle pratique, elle correspond à la fois à des connaissances nouvelles publiées dans la littérature internationale sur le stress aigu et à des nécessités pratiques d'intervenir dans un conflit qui devient permanent, brouillant ainsi les limites temporelles de l'événement traumatique. Paradoxe : alors que le PTSD pouvait apparaître comme la conséquence retardée et en quelque sorte « chronique » d'un événement frappant par son acuité temporelle, la nouvelle configuration associe désormais un stress « aigu » à une situation qui se chronicise sur le terrain.

En prenant explicitement pour modèle l'intervention des psychiatres militaires au front et les pratiques d'urgence médico-psychologique plus récemment développées en France, les intervenants inaugurent ainsi en Palestine de nouvelles pratiques cliniques en contexte humanitaire. Dans la bande de Gaza et à Hébron, les psychologues se rendent dans les familles dans des zones d'affrontement entre soldats israéliens et les combattants palestiniens. Ils n'ont pas de dispensaires mais interviennent là où ils le peuvent, dans la salle commune d'une maison, s'isolant tant bien que mal pour conduire des entretiens à chaud. Eux-mêmes plongés dans l'espace du conflit et soumis à des facteurs de stress, ils avouent leur difficulté à prendre du recul et à appliquer les normes psychiatriques auxquelles ils se réfèrent : pratique diagnostique éludée, entretien seul à seul impossible, neutralité bienveillante perturbée.

Néanmoins, si l'on considère le volume d'activité déployée au sein des associations humanitaires, les programmes de santé mentale restent minoritaires et même la prise en charge du stress aigu demeure expérimentale.

L'importance qu'acquière ces missions excède donc ses moyens. Sa signification n'est pas à chercher uniquement dans l'efficacité thérapeutique annoncée, d'autant que les conditions de son exercice rendent toute évaluation difficile. Il ne suffit pas que des traumatismes psychiques soient recensés au sein d'une population et que le système de soin apparaisse défaillant – arguments officiellement avancés pour justifier une intervention – pour que l'association s'engage sur le terrain. Et, inversement, une mission peut être mise en place alors même que bien des doutes subsistent sur sa pertinence clinique – d'ailleurs, on entend régulièrement remettre en cause, au sein des organisations elles-mêmes, l'efficacité de tels programmes.

L'intervention répond à d'autres considérations que strictement médicales. Elle obéit aussi à des impératifs politiques et moraux. Lors de la mise en place de la mission palestinienne, tous les membres de Médecins sans frontières s'accordaient à dire qu'en dépit d'une absence de besoin d'assistance médicale ou chirurgicale, l'envoi d'une équipe de psychologues et de psychiatres correspondait à leur volonté de « rester présents » sur ce terrain. De même, à Médecins du monde, à côté du souci d'assister les personnes atteintes de manifestations psychiques, le désir de témoigner des souffrances endurées par le peuple palestinien fut un élément déterminant, tout comme le fut ultérieurement leur préoccupation de témoigner du malheur des victimes israéliennes des attentats. En effet, si les professionnels de la santé mentale ont trouvé dans le mouvement humanitaire un nouveau champ d'application de leurs compétences, ses acteurs associatifs ont, en retour, puisé dans le discours sur le traumatisme un nouveau langage de dénonciation politique.

Là où la violence laisse une trace dans le psychisme des individus, le traumatisme permet aux acteurs associatifs d'en dénoncer les effets. Dans les rapports de Médecins sans frontières sur les Kosovars et de Médecins du monde sur les Tchétchènes, l'approche clinique des psychologues permet de restituer des séquences de vie bouleversantes où s'inscrit une violence intolérable, événement traumatique fondateur à l'origine de séquelles psychologiques durables. Singularisant les situations, psychologisant l'événement, l'émergence de ce registre de dénonciation s'inscrit dans une perspective plus large de reconfiguration du politique où la psychologie et la psychiatrie fournissent un langage culturellement acceptable pour dire les rapports de domination dans notre société et où la compassion devient le registre privilégié d'expression de la solidarité.

Mais la relation entre assistance et témoignage devient plus complexe sur la scène palestinienne, alors que les psychologues et les psychiatres pratiquent une clinique d'urgence. En situation, les cliniciens témoignent de la portée éphémère de leur action et de leur sentiment d'impuissance. Leur présence aux côtés des victimes dont ils sont solidaires de la cause, les relations d'empathie qu'ils nouent dans leur pratique clinique et la frustration que provoquent les limites de leur intervention, réveillent leur militantisme. Se pose alors aux acteurs le dilemme suivant : faut-il sortir de la réserve habituelle du

clinicien et témoigner de la souffrance de celui qui généralement se confie parce qu'il sait que celui qui l'écoute, est tenu au secret ? Comment concilier la mission de soin et celle de témoignage ? Comment dénoncer pour mobiliser l'opinion publique internationale, tout en répondant aux consignes du siège désireux de calmer les esprits échauffés ? Pour les différents acteurs, le discours sur le traumatisme offre alors un compromis, insistant moins sur les causes que sur les effets de la violence. Et, dans les *Chroniques palestiniennes*, que publie Médecins sans frontières, les psychologues s'appuient sur leur expérience clinique pour, à travers leurs récits, dénoncer les effets de l'occupation israélienne et des abus de pouvoir des militaires auxquels ils assistent quotidiennement, impuissants. Le traumatisme leur fournit une clé de lecture des drames vécus et des humiliations subies. Parallèlement, Médecins du monde publie deux rapports qui se veulent symétriques sous l'intitulé *Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises victimes*, analysant les conséquences de l'oppression israélienne, d'un côté, et des attaques palestiniennes, de l'autre. La psychologie apporte ainsi, à côté du décompte des morts, une dimension plus humaine et donc plus proche à ces évaluations tragiques. Dans les deux cas, la présentation des vignettes cliniques et des fragments narratifs singularise avec force les drames individuels, sans rendre intelligibles les conditions historiques de leur production.

■ Conclusion

Pour les victimes de l'explosion de l'usine AZF, comme pour les victimes palestiniennes ou israéliennes pendant la seconde Intifada, le traumatisme psychique fait désormais partie du langage commun. Il sert à dire la douleur de la perte, mais aussi à dénoncer l'injustice et l'oubli. Il permet d'entrer en contact avec des psychologues, mais également avec des journalistes qui pourront témoigner de leur situation et avec des responsables politiques qui sauront entendre ce discours. Il justifie une demande de réparation devant un tribunal ou face à l'opinion mondiale. Parfois, il donnera lieu à une prise en charge effective dans le cadre de la santé mentale.

Le succès du traumatisme psychique se mesure ainsi peut-être moins au nombre de cellules d'urgence médico-psychologique prêtes à intervenir sur le territoire national ou de missions de psychiatrie humanitaire ouvertes de par le monde qu'à la banalisation de la notion et à ses usages sociaux divers. Rarement une innovation nosographique venue de la psychologie, de la psychanalyse et finalement de la psychiatrie aura-t-elle connu une diffusion aussi rapide au-delà des cercles des spécialistes. Mais, en retour, cette réussite publique ne vient-elle pas entériner ce qui faisait précisément la spécificité de la catégorie introduite avec le DSM-III : le fait qu'en qualifiant des patients sans pathologie préalable, elle ouvrait de nouveaux horizons pour une clinique de la santé mentale possiblement destinée à des non-malades ?

Références

- BETTELHEIM B., (1979), *Survivre*, Paris, Pluriel.
- BRUNNER J., (2000), « Will, Desire and experience : Etiology and Ideology in the German and Austrian medical Discourse on War Neuroses, 1914-1922 », *Transcultural Psychiatry*, 37 (3), 297-320.
- CROCQ L., (1998), « Les cellules d'urgence médico-psychologique », *Psychiatrie*, 213.
- DAB W., ABENHAIM L., SALMI L.R., (1991), « Épidémiologie du syndrome de stress posttraumatique chez les victimes d'attentat et politique d'indemnisation », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 6.
- EISSLER K., (1992), *Freud sur le front des névroses de guerre*, Paris, PUF.
- FASSIN D., (2002), « La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion clinique », *L'évolution psychiatrique*, 67 (4), 676-689.
- FREUD S., (1919), « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre », in *Résultats, idées, problèmes* (1984 ed., vol. I), Paris, PUF.
- HACKING I., (1995), *Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory*, Princeton : Princeton University Press.
- KIRK S., KUTCHINS H., (1998), *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.
- MORO M.-R., LEOVICI S., (1995), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, Paris, PUF.
- RECHTMAN R., (2002), « Être victime. Généalogie d'une condition clinique », *L'évolution psychiatrique*, 67 (4), 775-795.
- YOUNG A., (1995), *The harmony of illusions Inventing Post-Traumatic Stres Disorder*, Princeton : Princeton University Press.